

**UPAYA PENURUNAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN
PADA DENGAN MELATIH ASERTIF
SECARA VERBAL**



**Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III
pada jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan**

Oleh:

FATHUL HABBI YULSAR RAHMAN
J 200 140 070

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2017**

HALAMAN PERSETUJUAN

**UPAYA PENURUNAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN
PADA KLIEN DENGAN MELATIH ASERTIF
SECARA VERBAL**

PUBLIKASI ILMIAH

Oleh:

FATHUL HABBI YULSAR RAHMAN
J 200 140070

Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji oleh:

Dosen Pembimbing:



Arif Widodo, A.Kep., M.Kes
NTK.630

HALAMAN PENGESAHAN

UPAYA PENURUNAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN
PADA KLIEN DENGAN MELATIH ASERTIF
SECARA VERBAL

OLEH

FATHUL HABBI YULSAR RAHMAN

J 200 140070

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta
pada hari Senin 17 April 2017
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Dewan Penguji:

1. Arif Widodo, A.Kep., M.Kes (.....)
(Ketua Dewan Penguji)
2. Kartinah, S.Kep (.....)
(Anggota Dewan Penguji)



Dekan,

Dr. Suwaji, M.Kes.

NIP. 195311231983031002

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam publikasi ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar diploma di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya di atas, maka akan saya pertanggung jawabkan sepenuhnya.

Surakarta, 07 April 2017

Penulis,



FATHUL HABBI YULSAR RAHMAN

J 200 140 070

UPAYA PENURUNAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN PADA KLIEN DENGAN MELATIH ASERTIF SECARA VERBAL

Abstrak

Latar Belakang: Kesehatan merupakan *point* utama dalam kehidupan manusia dan untuk mendapatkannya membutuhkan usaha yang lebih misalnya dengan olahraga teratur, selalu menjaga kebersihan diri, lingkungan dan makan minum yang bergizi. Manusia dikatakan sehat apabila jiwa dan fisiknya tidak mengalami gangguan atau cedera yang mengakibatkan kesehatan menurun. Hasil dari Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil, dan gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia 6 persen. Gangguan jiwa berat terbanyak di Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali, dan Jawa Tengah. Rumah tangga yang pernah memasung anggota rumah tangga gangguan jiwa berat sebesar 14,3 persen dan terbanyak pada penduduk yang tinggal di perdesaan (18,2%), serta pada kelompok penduduk dengan kuintil indeks kepemilikan terbawah (19,5%). Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seorang yang melakukan suatu tindakan kekerasan secara fisik maupun verbal yang dapat membahayakan diri sendiri maupun orang lain. *Assertives training* adalah suatu terapi modalitas keperawatan dalam bentuk terapi tingkah laku, klien belajar mengungkapkan perasaan marah secara tepat atau asertif sehingga mampu berhubungan dengan orang lain, mampu menyatakan : apa yang diinginkan, apa yang disukai, apa yang ingin dikerjakan, dan kemampuan untuk membuat seseorang merasa tidak risih berbicara tentang dirinya sendiri.

Tujuan: Agar dapat menurunkan risiko perilaku kekerasan setelah dilakukan latihan asertif

Metode: Penulis menggunakan metode diskriptif dengan studi kasus selama 3x24 jam

Hasil: Klien mampu mengetahui dan mempraktikkan upaya penurunan risiko perilaku kekerasan dengan melakukan latihan asertif secara verbal.

Kesimpulan: Klien mampu membina hubungan saling percaya, mampu menyebutkan penyebab, tanda gejala akibat yang terjadi ketika marah, mampu mempraktikkan teknik nafas dalam dan memukul-mukul bantal. Klien juga dapat menyebutkan obat apa saja yang dikonsumsi dan akibat jika tidak meminumnya secara teratur. Klien juga mampu ngontrol marah dengan mengungkapkan, meminta, menolak yang baik, dan mengontrol marah dengan spiritual, klien rutin melakukan sholat 5 waktu, berdzikir, dan berdoa.

Kata kunci : Gangguan Jiwa, Perilaku Kekerasan, Melatih Asertif

Abstract

The background : Health is a point in human life and to get it requires more effort for example with regular exercise, always take care himself, environment, eat and drink nutritious. The human said to be healthy if the soul and physique is not impaired or injury resulting in health declined. The research health (RISKESDAS) the prevalence of severe mental disorders in Indonesia's population 1,7 per mile, and mental impaired emotional on Indonesia's populations of 6 percent. The disturbance of severe mental in Yogyakarta, Aceh, South Sulawesi, and Centre java. Proportion the home which had the members of the household severe mental disorders, 3 percent and most in people who live in rural areas (18,2%), and at the group of the populations with until the ownership of the lowest (19,5%). Behavior the violence is a state where a person who doing an act of violence, physical or verbal instruction that it can harm yourself or others. Assertive training is a therapeutic modality the nurse in the form of therapy to behaviour, clients learn to express feelings of anger is appropriate or assertive as to be able to get in touch with other people, were able to declare : what you want, what you likes, what are you trying to do, and the ability to make a person feel uncomfortable talking about himself.

Objectives : In order to reduce the risk of behavioral violence after a series of assertive verbally.

Methods : The writer used descriptive methods with a case study for 3 x 24 hours

Results : The client is able to know and can practice efforts the decrease the risk of behavioural violence after a series of assertive verbally.

Conclusion : The client are able to build a trusting relationship to mention the cause ,a sign of symptoms due to what happens when angry, practice the techniques of breath in and hit the pillow. Client can also mention medicine are consumed and if don't drink it on a regular basis. Client also able to control anger by expressing, asked, refused to be a good, and control the angry with spiritual, client to routinely prayers five times, remembrance and pray.

Keyword : Mental Disorder, Violence, Assertive Train.

1. PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan *point* utama dalam kehidupan manusia dan untuk mendapatkannya membutuhkan usaha yang lebih misalnya dengan olahraga teratur, selalu menjaga kebersihan diri, lingkungan, makan dan minum yang bergizi. Manusia dikatakan sehat apabila jiwa dan fisiknya tidak mengalami gangguan atau cedera yang mengakibatkan kesehatan menurun. Menurut undang-undang kesehatan jiwa Nomor 18 Tahun 2014 Bab 1 pasal 1 ayat 1 kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuannya sendiri, dapat mengatasi tekanan, bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk kelompoknya.

Menurut Purnama, Yani, & Titin (2016) mengatakan gangguan jiwa adalah seseorang yang terganggu dari segi mental dan tidak bisa menggunakan pikirannya secara normal. Skizofrenia adalah kerusakan otak yang mengakibatkan gangguan fungsi kognitif, aktif, bahasa, gangguan memandang terhadap realitas, dan hubungan interpersonal, dan mempunyai perubahan perilaku seperti perilaku agitasi dan agresif atau disebut dengan perilaku kekerasan (Erwina, 2012).

Hasil dari Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil, dan gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia 6 persen. Gangguan jiwa berat terbanyak di Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali, dan Jawa Tengah. Proporsi rumah tangga yang pernah memasing anggota rumah tangga gangguan jiwa berat 14,3 persen dan terbanyak pada penduduk yang tinggal di perdesaan (18,2%), serta pada kelompok penduduk dengan kuintil indeks kepemilikan terbawah (19,5%). Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Jawa Barat, Yogyakarta, dan Nusa Tenggara Timur (Kemenkes RI, 2013)

Jumlah kunjungan gangguan jiwa tahun 2013 di Provinsi Jawa Tengah sebanyak 121.962. Sebagian besar kunjungan gangguan jiwa adalah di rumah sakit (67,29%), sedangkan 32,71% lainnya di Puskesmas dan sarana kesehatan lain (Dinkes Jateng, 2013). Berdasarkan data yang diterima dari rumah sakit kelolaan pada bulan September 2016 sampai Januari 2017 pasien yang

terdiagnosa resiko perilaku kekerasan ada 9.984 klien, harga diri rendah 664 klien, isolasi sosial 3016 klien, halusinasi 18.305 klien, dan defisit perawaan diri 2.385 klien. Resiko perilaku kekerasan berada pada urutan nomor dua terbanyak dari semua kasus di rawat inap rumah sakit kelolaan (Rekam Medik, 2017)

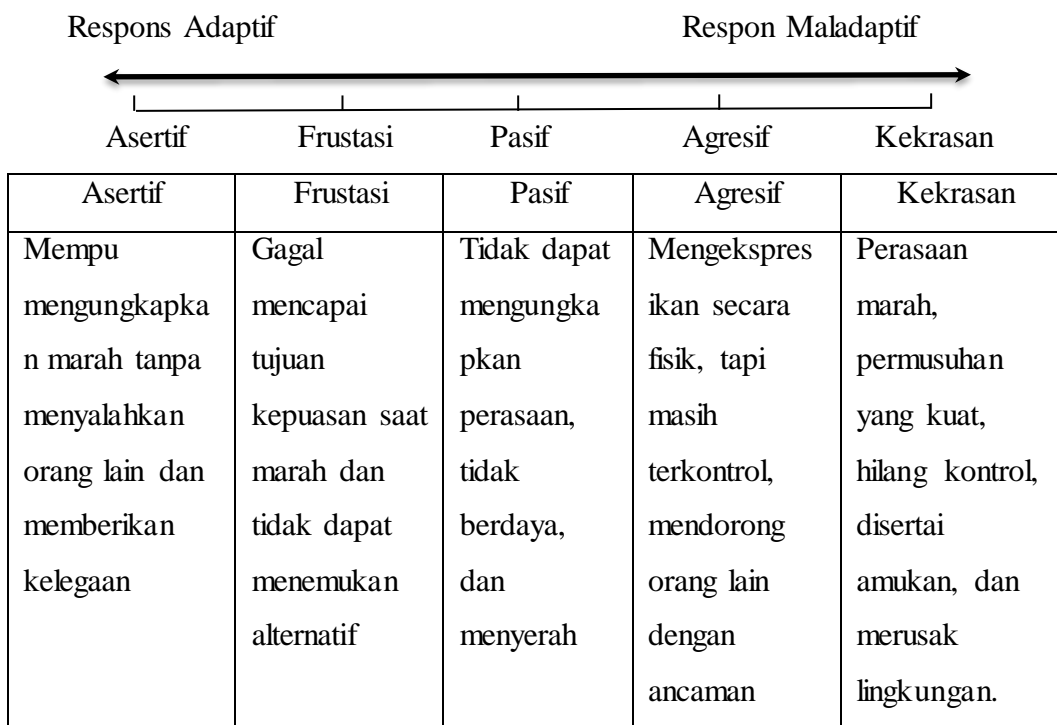
Sebagian besar pasien dengan skizofrenia dan gangguan mental tidak dengan kekerasan. Meskipun demikian, risiko kekerasan pada pasien dengan gangguan ini lebih besar dari pada populasi umum. Risiko ini sangat tinggi di skizofrenia dan gangguan mental dengan gangguan penggunaan zat adiktif, ketergantungan alkohol, depresi, dan gangguan kepribadian, bahkan tanpa hal tersebut (Volavka, 2013). Permasalahan utama yang sering terjadi pada pasien skizofrenia adalah perilaku kekerasan. Kondisi ini harus segera ditangani karena perilaku kekerasan yang terjadi dapat membahayakan diri pasien, orang lain dan lingkungan (Saseno & Kriswoyo, 2013).

Assertives training menurut Stuart dan Laraia dalam Suryanta & Murti W (2015) adalah intervensi tindakan keperawatan pasien perilaku kekerasan dalam tahap preventif. Latihan asertif bertujuan agar pasien mampu berperilaku asertif dalam mengekspresikan kemarahannya. *Assertives training* adalah suatu terapi modalitas keperawatan dalam bentuk terapi tingkah laku, klien belajar mengungkapkan perasaan marah secara tepat atau asertif sehingga mampu berhubungan dengan orang lain, mampu menyatakan : apa yang diinginkan, apa yang disukai, apa yang ingin dikerjakan, dan kemampuan untuk membuat seseorang merasa tidak risih berbicara tentang dirinya sendiri. (Suryanta & Murti W, 2015)

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain (Afnuhazi, 2015). Menurut Erwina (2012) perilaku kekerasan adalah merupakan bentuk kekerasan dan pemaksaan secara fisik maupun verbal ditunjukkan kepada diri sendiri maupun orang lain. Perilaku kekerasan adalah salah satu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologi (Keliat et al., 2011).

Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seorang yang melakukan suatu tindakan kekerasan secara fisik maupun verbal yang dapat membahayakan diri sendiri maupun orang lain. Respon perilaku yang diperlihatkan oleh klien berbeda-beda tergantung bagaimana keadaan klien, dari respons adaptif sampai respons maladaptif. Respons adaptif adalah respon normal klien yang masih terkontrol terhadap masalah, sedangkan respons maladaptif adalah respon klien yang berlebihan atau tidak normal terhadap masalah.

Gambar 1. Rentan Respons



Sumber : Yosep (2010)

Tujuan umum publikasi ilmiah adalah penulis mampu melakukan upaya menurunkan perilaku kekerasan dengan melatih asertif secara verbal pada klien risiko perilaku kekerasan di bangsal rumah sakit kelolaan. Sedangkan tujuan khususnya penulis dapat melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa, merencanakan tindakan, mengimplementasikan rencana tindakan, dan mengevaluasi tindakan keperawatan pada klien risiko perilaku kekerasan. Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik mengangkat masalah risiko perilaku

kekerasan menjadi masalah utama dalam penulisan publikasi ilmiah ini, dengan judul “Upaya Penurunan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Klien dengan Melatih Asertif Secara Verbal”.

2. METODE

Metode yang digunakan pada karya ilmiah ini adalah metode deskriptif dengan study kasus. Pengambilan kasus dilakukan selama 3 x 24 jam kepada salah satu klien di rumah sakit klolaan melalui wawancara dan observasi secara langsung. Pelaksanaannya penulis membina hubungan saling percaya kepada klien untuk mendapatkan informasi, setelah mendapatkan informasi yang diperlukan kemudian penulis melakukan perencanaan tindakan yang akan dilakukan, melakukan rencana tindakan yang telah dibuat, dan mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan. Proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok, dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respons pasien terhadap penyakitnya (Tarwoto & Wartonah, 2015).

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 Februari 2017 pukul 10.00 WIB di bangsal rumah sakit kelolaan. Pengkajian dilakukan kepada klien berumur 48 tahun, jenis kelamin laki-laki, pekerjaan petani, beragama Islam, dan status kawin. Penanggung jawab istri klien berumur 49 tahun, jenis kelamin perempuan, pekerjaan petani. Alasan klien masuk rumah sakit adalah sebelumnya klien mengamuk dan mencekik orang lain. Keluhan utama klien mengatakan jengkel karena belum boleh pulang. Hal tersebut sesuai dengan teori (Afnuhaz, 2015) perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Perilaku kekerasan adalah salah satu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologi (Keliat et al., 2011). Teori Hermawan & Direja (2011) mengatakan tanda gejala perilaku kekerasan

diantaranya perasaan jengkel, merasa terganggu tatapan mata tajam, menyerang orang lain, menarik diri, dan melarikan diri. Sehingga teori tersebut sesuai dengan data yang ditemukan dari hasil pengkajian.

Faktor predisposisi, klien mengatakan melakukan rawat jalan di rumah sakit kurang lebih 2 tahun yang lalu dengan keluhan yang sama mengamuk. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena klien terkadang tidak meminum obat secara rutin dan berhenti melakukan rawat jalan. Tindakan kriminal klien pernah melakukan pemukulan terhadap tetangganya yang menuduhnya mencuri dan istrinya karena tidak dibelikan rokok. Keluarga klien tidak ada yang mengalami sakit jiwa. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan klien pernah dituduh mencuri oleh tetangganya. Faktor presipitasi yang dialami oleh klien yang terakhir sebelum dibawa ke rumah sakit adalah memukul dan mencekik tetangganya karena dituduh mencuri. Hal tersebut sesuai dengan teori bahwa faktor predisposisi adalah berbagai pengalaman yang dialami setiap orang bisa terjadi atau tidak terjadi perilaku kekerasan, dan faktor presipitasi seseorang akan mengeluarkan respon marah apabila dirinya terancam, ancaman tersebut dapat berupa luka psikis terhadap dirinya (Muhith, 2015)

Data psikososial geneogram klien anak terakhir dari 5 bersaudara, dari semua keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit jiwa. Konsep diri pada citra tubuh didapatkan hasil klien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya dan menyukurinya, karena semua itu pemberian dari Allah SWT. Identitas, klien mengatakan bahwa klien adalah seorang kepala rumah tangga dan seorang bapak dari ketiga anaknya. Harga diri, klien mengatakan bahwa seorang laki-laki lebih tinggi derajatnya dari seorang perempuan, maka istrinya harus selalu menuruti keinginannya. Hubungan sosial, klien mengatakan orang yang dekat dengannya adalah ibunya, klien mengatakan jarang mengikuti kegiatan masyarakat, dan klien mengatakan tidak suka berhubungan dengan orang lain yang belum akrab.

Status mental pada penampilan didapatkan data penampilan klien rapi, menggunakan baju rumah sakit, memakai celana panjang milik sendiri, dan memakai kopyah. Pembicaraan, klien saat berbicara biasa namun berbelit-belit. Pada data pembicaraan tidak sesuai dengan teori dari Yosep (2010) yang

mengatakan pada data verbal klien bicara kasar, suara tinggi, membentak, berteriak, mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, dan ketus. Aktivitas motorik, ketika berbincang-bincang klien tidak mendengar suara perawat, klien akan mendekatkan diri. Afek, terjadi perubahan emosi dari klien ketika diberikan banyak pertanyaan, terkadang klien pergi menjauh dan menggerutu, hal tersebut sesuai yang diutrakn oleh (Yusuf, Fitryasari, & Nihatati, 2014) respons marah dapat diungkapkan melalui tiga cara yaitu (1) mengungkapkan secara verbal, (2) menekan, dan (3) menantang. Namun pada teori Yosep (2010) data tersebut tidak sesuai, yang dimana pada data afek klien marah, permusuhan, kecemasan yang ekstrim, mudah terangsang, dan afek labil.

Interaksi selama wawancara, klien kooperatif namun kontak mata kurang kepada lawan bicara. Proses pikir, klien saat diberikan pertanyaan langsung menjawab namun berbelit-belit dan tidak menuju pada pertanyaan. Tingkat kesadaran klien mengalami disorientasi waktu dan tempat, karena melakukan sholat azhar pada waktu dzuhur, dan tidak mengetahui dengan tepat dirumah sakit mana klien berada sekarang. Sesuai dengan teori Yosep (2010) yang mengataka bahwa dalam tingkat kesadaran klien bingung, status mental berubah tiba-tiba, dan disorientasi.

Memori, pada jangka panjang klien mampu menginagat struktur keluarganya, dan jangka pendek klien tidak mampu mengingat nama perawat yang mengantarnya kemari, dan berapa lama dia dirumah sakit. Tingkat konsentrasi klien mampu melakukan perhitungan satu sampai sepuluh dengan benar. Tingkat kemampuan saat bertani hal pertama yang dilakuakn adalah mencangkulnya. Daya tilik diri pasien mengatakan berada dirumah sakit. Mekanisme koping adaptif, ketika dirumah merasa jengkel atau marah klien terkadang menghindar, dan maladaptif klien memukul orang lain ketika marah. Aspek medik diagnosa medik F_{20.0}, dan terapi medik yang diberikan Resperidon 2 x 2 mg, Chlorpromazine 2 x 100 mg, dan Trihexyphenidyl 3 x 2 mg.

Analisa data yang pertama pada hasil pengkajian diatas adalah data subjektif klien mengatakan jengkel karena tidak boleh pulang, klien pernah memukul istri dan tetangga yang menuduhnya mencuri. Data objektif klien terjadi perubahan

emosi ketika diberikan banyak pertanyaan, terkadang menjauh, dan pasien sering menggerutu, gelisah, dan meminta pulang. Data tersebut penulis mengangkat diagnosa risiko perilaku kekerasan. Analisa data yang kedua, data subjektif pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan masyarakat, tidak suka berbicara kepada orang lain yang belum akrab. Data objektif, klien jarang berkomunikasi dengan teman-teman di ruangan, dan lebih suka menyendiri dan tidur. Dari data tersebut didapatkan diagnosa isolasi sosial : menarik diri. Data yang didapat sesuai dengan teori Hermawan & Direja (2011) mengatak tanda gejala perilaku kekerasan diantaranya perasaan jengkel, merasa terganggu, tatapan mata tajam, menyerang orang lain, menarik diri, dan melarikan diri.

Berdasarkan analisa data tersebut dapat ditegakkan diagnosa keperawatan yang pertama risiko perilaku kekerasan dan yang kedua isolasi sosial : menarik diri. Sehubungan dengan diagnosa yang ada pada kasus tersebut penulis hanya memprioritaskan pada diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan dikarenakan data fokus pada klien lebih cenderung pada diagnosa tersebut. Berdasarkan pengkajian pada Tn. S dimana data subjektif klien jengkel karena tidak dibolehkan pulang, pasien pernah memukul istri dan tetangga yang menuduhnya mencuri, dan data objektifnya klien terjadi perubahan emosi ketika diberikan banyak pertanyaan, terkadang menjauh, dan pasien sering menggerutu, gelisah, dan meminta pulang.

Perencanaan tindakan pada klien adalah melakukan strategi pelaksanaan (SP) satu sampai dengan empat. Setrategi pelaksanaan pertama bina hubungan saling percaya kepada klien, identifikasi penyebab, tanda gejala, dan akibat perilaku kekerasan, latih cara fisik tarik nafas dalam dan pukul-pukul bantal, kemudian masukkan ke dalam jadwal harian. Strategi pelaksanaan kedua evaluasi kegiatan yang lalu (SP1), menjelaskan macam-macam, fungsi, waktu, dan cara meminim obat, menjelaskan akibat tidak minum obat, latih cara meminum obat, dan masukkan ke dalam jadwal harian. Selanjutnya setrategi pelaksanaan ketiga evaluasi kegiatan yang lalu (SP1, SP2), latih secara verbal atau latihan asertif mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik kemudian masukkan ke dalam jadwal harian. Dan setrategi pelaksanaan yang terakhir atau yang keempat

(SP4) evaluasi kegiatan yang lalu (SP1, SP2, SP3), latih secara spiritual berdoa, berdzikir, dan sholat untuk mengurangi rasa marah, kemudian masukkan kedalam jadwal harian.

Implementasi dilakukan pada tanggal 20 Februari 2017 pukul 10.00 WIB dengan tindakan melakukan strategi pelaksanaan yang pertama dimulai dengan membina hubungan saling percaya dengan komunikasi terapeutik kepada klien, selanjutnya mengidentifikasi penyebab, tanda gejala, dan akibat yang terjadi jika marah, dan yang terakhir melatih teknik nafas dalam dan pukul-pukul bantal. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Negi et al, (2017) bahwa kualitas perawat dengan komunikasi terapeutik dapat meningkatkan tingkat kepuasan pasien. Dari tindakan tersebut penulis mendapatkan data subjektif klien mengatakan jengkel karena tidal boleh pulang, dan data objektif klien terlihat gelisah, marah dan tatapan mata tajam. Evaluasi tindakan pada tanggal 20 Februari 2017 subjektif klien mampu menyebutkan penyebab marah karena jengkel tidak boleh pulang dan dituduh mencuri oleh tetangganya, tanda gejalanya tubuh tegang, mata melotot tajam, gelisah, dan berdebar-debar, akibat yang timbul karena marah dapat melukai orang lain. Objektif klien mampu melakukan teknik nafas dalam dan memukul bantal lalu mempraktikkannya, dan klien juga kooperatif. *Assesment RPK⁺*. *Plan* evaluasi, mantapkan SP1, dan lakukan strategi pelaksanaan ke dua latih klien minum obat.

Pada tanggal 21 Februari 2017 pukul 09.30 WIB tindakan yang diberikan kepada klien evaluasi tindakan sebelumnya (SP1) dan memantapkan SP1, kemudian melakukan strategi pelaksanaan yang kedua melatih mengontrol marah dengan cara meminum obat dengan benar. Tindakan tersebut didapatkan data subjektif pasien mengatakan masih jengkel, dan lupa dengan apa yang telah diajarkan kemarin. Data objektif tatapan mata pasien masih tajam, dan masih gelisah. Evaluasi tindakan pada tanggal 21 Februari 2017 subjektif klien mengatak lupa cara melakuka teknik nafas dalam, dan memukul-mukul bantal. Objektif klien kooperatif, mampu melakukan kembali teknik nafas dalam, dan memukul-mukul bantal, klien juga mampu menyebutkan obat yang dikonsumsi ada tiga berwarna kuning, putih kecil dan besar. *Assesment RPK⁺*.

Plan evaluasi kegiatan, mantapkan SP1 dan SP2, lakukan strategi pelaksanaan ketiga latih klien melatih mengontrol marah dengan bercakap-cakap mengungkapkan, meminta dan menolak dengan baik.

Pada tanggal yang sama pukul 11.00 WIB tindakan yang diberikan kepada klien mengevaluasi tindakan yang sebelumnya (SP1, dan SP2), dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan yang ketiga melatih mengontrol marah dengan bercakap-cakap mengungkapkan, meminta dan menolak dengan baik, didapatkan data klien mengatakan ingin cepat pulang. Data objektif tatapan mata klien sudah lebih *rileks* namun pasien masih gelisah. Evaluasi tindakan pada tanggal 21 Februari 2017 subjektif klien mengatak Klein sudah melakuka teknik nafas dalam, dan memukul-mukul bantal, kemudian teratur minum obat. Objektif klien kooperatif, tatapan mata *rileks*, masih gelisah, dan mampu mempraktikkan mengungkapkan, meminta dan menolak rasa marah. *Assesment RPK* . *Plan* evaluas kegiatan, mantapkan SP1, SP2 dan SP3, lakukan strategi pelaksanaan keempat latih klien melatih mengontrol marah dengan spiritual : berdzikir, berdoa, dan sholat.

Pada tanggal 22 Februari 2017 tindakan yang dulakukan mengevaluasi kegiatan yang sebelumnya (SP1, SP2, dan SP3), kemudian dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan yang keempat dan yang terakhir melatih mengontrol marah dengan cara spiritual : berdzikir, berdoa, dan sholat. Evaluasi tindakan pada tanggal 23 Februari 2017 subjektif klien mengatakan sudah tidak marah lagi, pasien mengatakan selalu sholat 5 waktu, berdoa, dan berdzikir rutin setiap hari. Objektif tatapan mata klien normal, pasien sudah tidak gelisah, Klein mampu mempraktikkan cara berdzikir, berdoa, dan sholat secara mandiri. *Assesment RPK* . *Plan* evaluasi kegiatan, mantapkan SP1, SP2, SP3, dan SP4.

Pada strategi pelaksanaan keluarga tidak dapat dilaksanakan karena keluarga klien tidak datang menjenguk kerumah sakit, dan rumah keluarga klien jauh dari rumah sakit sehingga tidak memungkinkan untuk dilaksanakan. Pada teori Yusuf et al (2014) mengatakan setrategi pelaksanaan keluarga bertujuan untuk keluarga mampu mengenal masalah merawat, menjelaskan perilaku kekerasan, merawat

klien mengenal tanda-tanda gejala kekambuhan, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan pada klien saat berada di rumah.

4. PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Kesimpulan yang di dapat pada kasus tersebut, pengkajian dilakukan pada tanggal 20 Februari 2016 jam 10.00 WIB di bangsal rumah sakit diperoleh data pasien bernama Tn. S berumur 48 tahun, penanggung jawab klien adalah istrinya. Alasan masuk klien mengamuk dan mencekik orang lain, keluhan utama klien mengatakan jengkel karena tidak boleh pulang.

Prioritas diagnosa keperawatan adalah risiko perilaku kekerasan. Tindakan keperawatan dilakukan selama 3 x 24 jam, pada tanggal 20 Februari sampai dengan 23 Februari 2017. Tindakan dimulai dari setrategi pelaksanaan pertama sampai dengan strategi pelaksanaan keempat. Evaluasi yang dilakukan terhadap klien mendapatkan hasil klien mampu membina hubungan saling percaya pada hari kedua, mampu menyebutkan penyebab, tanda gejala akibat yang terjadi ketika marah, mampu mempraktikkan teknik nafas dalam dan memukul-mukul bantal. Klien juga dapat menyebutkan obat apa saja yang dikonsumsi dan akibat jika tidak meminumnya secara teratur. Klien juga mampu ngontrol marah dengan mengungkapkan, meminta, menolak yang baik, dan mengontrol marah dengan spiritual, klien rutin melakukan sholat 5 waktu, berdzikir, dan berdoa. Namun pada strategi pelaksanaan keluarga tidak dapat terlaksana karena terkendala keluarga tidak datang menjenguk, dan rumah keluarga klien jauh dari rumah sakit.

4.2 Saran

Bagi penulis, meskipun karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, kedepannya penulis akan lebih fokus dan teliti dan dapat memanfaatkan waktu seoptimal mungkin dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien.

Bagi klien, lebih ditekankan lagi dan lebih giat lagi dalam melakukan strategi pelaksanaan yang telah diajarkan, sehingga klien dapat segera pulang kerumah.

Bagi rumah sakit, perawat hendaklah menggunakan komunikasi terapeutik dalam melakukan asuhan keperawatan kepada klien sehingga klien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat.

PERSANTUNAN

Puji syukur penulis haturkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan segala hidayah, dan kemudahan kepada penulis sehingga Publikasi Ilmiah yang penulis tulis dengan judul “UPAYA PENURUNAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN PADA KIEN DENGAN MELATIH ASERTIF SECARA VERBA” dapat terselesaikan tanpa ada halangan suatu apa pun.

Penulis menyadari bahwa Publikasi Ilmiah ini tidak dapat terselesaikan tanpa bantuan dan bimbingan dari pihak-pihak yang terkait. Sehingga penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Drs. Bambang Setiaji selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Surakarta.
2. Dr. Suwaji, M. Kes selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
3. Okti Sri P S. Kep., M. Kes., Ns., Sp. Kep.M.B selaku ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
4. Arina Malia, S. Kep., Ns., M. Kes selaku sekretaris Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
5. Arif Widodo, A. Kep., M. Kep selaku Pembimbing Publikasi Ilmiah dan Pembimbing Akademik.
6. Kartinah, S.Kep selaku Penguji dalam Pembuatan Publikasi Ilmiah.
7. Kepala ruang Bangsal Sena Rumah Sakit Jiwa yang telah membimbing saat dirumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Afnuhazi, R. (2015). *Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa* (Marni). Yogyakarta: Gosityem Publishing.
- Ambarwati, F. R., & Nasution, N. (2012). *Buku Pintar Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta: Cakrawala Ilmu.
- Dinkes, Jateng. (2013). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. *Jawa Tengah*, 74.
- Erwina, I. (2012). Aplikasi Model Adaptasi Roy pada Klien Resiko Perilaku Kekerasan dengan Penerapan Asertiveness Training di RS Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor. *NURS JURNAL KEPERAWATAN*, 8(1), 66.
- Hermawan, A., & Direja, S. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Mediaka.
- Keliat, B. A., et.al (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas : CMHM Basic Cours*. Jakarta: EGC.
- Kemenkes, RI. (2013). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. *Laporan Nasional 2013*, xi. <https://doi.org/10.5455/ijmsph.2017.0211522112016> Desember 2013
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa : Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Negi, S., Kaur, H., Singh, G., & Pugazhendi, S. (2017). Quality of nurse patient therapeutic communication and overall patient satisfaction during their hospitalization stay. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 6(4), 679. <https://doi.org/10.5455/ijmsph.2017.0211522112016>

- Purnama, G., Yani, D. I., & Titin, S. (2016). Gambaran Stigma Masyarakat Terhadap Klien Gangguan Jiwa di RW 09 Desa Cileles Sumedang. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 2(1), 30. Retrieved from <http://ejournal.upi.edu/index.php/JPKI>
- Rekam, Medik. (2017). *Laporan Kegiatan Bulanan Instalasi Rawat Inap*. Surakarta.
- Saseno, & Kriswoyo, P. G. (2013). Pengaruh Tindakan Restrain Fisik Dengan Manset Terhadap Schizophrenia is a hard mental illness and influence the way of think , mood , emotion and behavior , especially to the violent behavior . Violent behavior is a condition when someone is doing someth. *Jurnal Keperawatan Mersi*, 4(2), 2.
- Suryanta, & Murti W, D. A. (2015). Pengaruh Assertive Training Terhadap Kemampuan Mengekspresikan Marah Pasien Skizofrenia Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Grhasia Diy. *Jurnal Kebidanan*, VII(01), 2, 7.
- Tarwoto, & Wartonah. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Volavka, J. (2013). Violence in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatra Danubina*, 25(1), 30. Retrieved from [http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export](http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L368595138)
http://www.hdbp.org/psychiatra_danubina/pdf/dnb_vol25_no1/dnb_vol25_no1_24.pdf
<http://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=03535053&id=doi:&atitle=Violence+in+schizophrenia>
- Yosep, I. (2010). *Keperawatan Jiwa Edisi Revisi Ke 3*. Bandung: Refika Aditama.

Yusuf, A., Fitryasari, R., & Nihatati, H. E. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta Selatan: Salemba Medika.